FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N° 618

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure.

PAR

Mademoiselle Sara BALABANE

Née à Odessa (Russie), le 23 décembre 1874.

LA SURALIMENTATION

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. G. POUCHET, *professeur.*

Juges { MM. GAUTIER, *professeur.*
CHASSEVANT ET ANDRÉ, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTE DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

618

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547226_0060

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Juillet 1900, à 1 heure.

PAR

Mademoiselle Sara BALABANE

Née à Odessa (Russie), le 23 décembre 1874.

LA SURALIMENTATION

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS

Président : M. G. POUCHET, *professeur.*

Juges { MM. GAUTIER, *professeur.*
CHASSEVANT ET ANDRÉ, *agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties de l'enseignement médical.

ACAD. MED. BAT. BIBL.

PARIS

JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen : M. BROUARDEL.

Professeurs :

Anatomie	MM. FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DEBOVE. HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	TERRIER.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	LANDOUZY.
Hygiène	PROUST.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée	CHANTEMESSE.
Clinique médicale	POTAIN. JACCOUD. HAYEM. DIEULAFOY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	BERGER. DUPLAY. LE DENTU. TILLAUX.
Clinique opthalmologique	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DUPRE	LEJARS	THIERY
ALBARRAN	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
ANDRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GILLES DE LA TOURETTE	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA (Aug.)	HARTMANN	MENETRIER	VARNIER
BROCA (André)	HEIM	MERY	WALLICH
CHARRIN	LANGLOIS	ROGER	WALTHER
CHASSEVANT	LAUNOIS	SEBILEAU	WIDAL
DELBET	LEGUEU	TEISSIER	WURTZ
DESGREZ			

Chef des Travaux anatomiques: M. RIEFFEL

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. POUCHET

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

LA SURALIMENTATION

DANS

LA FIÈVRE TYPHOÏDE

CHEZ LES ENFANTS

AVANT-PROPOS

Dans le cours de vacances, passées ordinairement à Odessa, dans les hôpitaux de cette ville, nous avons été frappée du traitement employé en Russie à l'égard des malades, atteints des maladies fébriles en général et de la fièvre typhoïde en particulier. La diète presque absolue est observée dans les hôpitaux de Paris, tandis que les cliniciens russes ne craignent pas de donner à leurs malades une nourriture substantielle et abondante. Nous avons pu observer plusieurs épidémies de fièvre typhoïde et étudier les effets de la suralimentation dans les cas de pyrexie.

C'est à l'aimable hospitalité des médecins russes de l'hôpital d'Odessa, et, en particulier, aux docteurs Pouritz et

Winokouroff, de la Faculté de Paris, que nous devons rendre hommage, car elle nous a permis de poursuivre notre étude.

Nous sommes heureux de l'occasion qui nous est offerte, de les remercier des leçons pratiques et des conseils qu'ils ont bien voulu nous donner. Ils nous ont appris que non seulement on peut nourrir les malades atteints de fièvre typhoïde, mais on doit même les nourrir pour améliorer leur état général et hâter leur convalescence. M. le docteur Winokouroff a bien voulu nous permettre de surveiller avec lui ses petits malades et nous servir des résultats d'observations acquises pour le sujet de notre thèse.

En arrivant à la fin de nos études, nous tenons à exprimer notre reconnaissance et nos remerciements à nos maîtres de la Faculté de Paris.

Nous remercions M. le professeur G. Pouchet, pour le cours si intéressant et si utile de pharmacologie, que nous avons suivi pendant une année, et pour l'honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous remercions M. le professeur Tillaux qui a bien voulu nous accueillir dans son service pendant une année. Ce bon et dévoué maître, de sa manière si douce de traiter les malades, nous a servi de bon exemple.

Que M. le docteur Barth, médecin de l'hôpital Necker, reçoive le témoignage de notre gratitude, pour l'année passée dans son service, où nous avons appris la base de la médecine, la séméiologie.

Nous remercions M. le professeur Reclus de ses leçons in-

téressantes et instructives, que nous avons pu suivre, comme bénévole.

Nous prions nos maîtres dans les hôpitaux, MM. Dégerine, Raymond, Pinard et Dieulafoy, de vouloir agréer l'hommage de notre gratitude profonde.

Toutes les maladies fébriles sont ordinairement accompagnées d'un amaigrissement considérable du malade, qui est d'autant plus accentué que la période pyrétique de la maladie dure plus longtemps. Cet amaigrissement est dû à la combustion de certains tissus de l'organisme. Les conséquences peuvent être très sérieuses, si la perte est notable, comme dans les maladies fébriles de longue durée, telles que la fièvre typhoïde, et peuvent même amener la mort du malade.

Par conséquent, la question, s'il faut lutter contre cette perte considérable de forces, se pose toute seule. Malheureusement, pendant plusieurs siècles, cette question n'avait pas été envisagée à ce point de vue, et il faut arriver à la moitié du siècle actuel pour trouver quelques opinions qui s'expriment nettement dans ce sens. Elles deviennent aujourd'hui de plus en plus nombreuses.

Dans leurs discussions sur la théorie de la fièvre elle-même, les médecins avaient été toujours d'accord en ce qui concerne l'alimentation des malades fébricitants, et les idées d'Hippocrate avaient régné pendant une longue période d'années; on laissait tomber les malades dans l'inanition, en

leur donnant pour toute nourriture de l'eau et des tisanes.

On a dû abandonner ce mode de traitement, contraire à la logique, puisque la fièvre augmente les combustions de l'organisme, et pour récompenser les pertes, il nous faut un combustible plus substantiel que l'eau et les tisanes ; parce que autrement, ce sont les graisses, les muscles et le système nerveux de l'organisme malade qui fourniront les calories nécessaires pour entretenir ce foyer.

C'est pourquoi nous voyons les maladies fébriles d'autant plus graves qu'elles éclatent après une guerre ou une famine, au moment où la déchéance physiologique est plus considérable.

Notre thérapeutique actuelle ne nous permettant pas de guérir la maladie elle-même, nous sommes au moins obligés de soutenir et de guérir le malade. Comment pourrions-nous le faire ?

Le meilleur moyen pour arriver à ce but serait celui qui donnerait au malade la force nécessaire pour réparer ce qu'il a pu perdre dans la période pyrétique. Il serait donc rationnel d'introduire dans l'organisme affaibli par les combustions exagérées une quantité suffisante de matières nutritives.

C'est Graves, en Angleterre, un des premiers qui préconisait et donnait à ses malades une nourriture plus ou moins substantielle, comme le bouillon, le lait et quelquefois aussi la viande. Sa voix trouva un écho en Allemagne où le traitement de la fièvre typhoïde par la balnéation froide était alors à l'apogée.

Plusieurs admirateurs du système de Brand acceptaient l'alimentation substantielle dans la dothiénentérie, mais peu à peu la question fut délaissée.

Tandis que le traitement par les bains froids était longtemps et soigneusement étudié, on a complétement négligé l'alimentation, qui est pour nous d'une importance au moins égale à celle des bains.

Au commencement de ce siècle régnaient les idées de Brown et de Broussais qui pensaient que toute alimentation des malades atteints de fièvre était dangereuse. Ils enseignaient que la diète absolue et les différents traitements débilitants étaient indispensables dans les pyréxies. C'est surtout Broussais qui était le défenseur ardent d'une pareille méthode. Il disait que la clef de toute la pathologie se trouve dans les maladies du tractus gastro-intestinal ; c'est pourquoi il défendait de nourrir les malades et particulièrement les typhiques, craignant une plus grande irritation du tube digestif.

Il ne se contentait pas seulement des antiphlogistiques, mais il ordonna aussi l'abstention totale de toute nourriture. Les résultats de ce mode de traitement étaient déplorables. Les maladies fébriles prenaient les allures de fièvres graves, qui ne ressemblaient pas du tout à ce que nous voyons aujourd'hui. Cela est bien compréhensible, parce qu'au tableau clinique de l'infection générale venaient s'ajouter les phénomènes d'une inanition profonde.

Ces résultats devaient forcément amener une réaction dans les idées. Celle-ci se fait au profit d'un autre traitement qui

est celui de l'alimentation et même de la suralimentation.

A la tête de ce mouvement, on doit citer le nom de Graves, comme nous l'avons déjà dit précédemment. Il affirmait que la diète absolue, si elle dure un temps plus ou moins prolongé, est souvent la cause de la mort du malade.

Il préconisait pour les typhiques une alimentation substantielle. Ses mérites sont grands, parce qu'il a prouvé qu'on peut non seulement alimenter les typhiques sans nuire à leur santé, mais encore leur être grandement utile. Il a prouvé aussi que l'alimentation de ces malades est indispensable pour le succès de la guérison et plus tard pour la convalescence qui dans ce cas est plus rapide.

Si nous parcourons la littérature de la période qui a suivi celle de Graves, nous trouvons deux courants relatifs à la question de l'alimentation des typhiques. Les cliniciens comme Liebermeister, Senator, Lebert, Fübringer(1) et plusieurs autres observent une diète très rigoureuse, ils craignent même le lait, les albuminoïdes en général et recommandent les hydrocarbures. Liebermeister permet l'ingestion des albuminoïdes à un moment déjà assez éloigné de la période fébrile, parce qu'il craint une rechute.

Pour justifier leur conduite, ces cliniciens se basent sur les faits suivants : 1) l'absence de l'appétit chez les fébricitants ; 2) la crainte d'une élévation thermique par suite de l'introduction dans l'organisme d'aliments par trop nutritifs ; 3) la possibilité d'augmenter l'élimination exagérée d'urée, causée

(1) Cité thèse *Pouritz*, Saint-Pétersbourg, 1891.

par l'ingestion des albuminoïdes ; 4) la difficulté qu'ont les malades à digérer les aliments, par suite de la diminution de la salive, de l'acide chlorydrique libre, du suc gastrique, du suc pancréatique et de la bile.

Un autre groupe de cliniciens dont Liemsen, Trousseau, Yürgensen, Büss, Uffelmann et plusieurs autres (1) ne craignent pas l'exagération de l'excrétion azotée, ni l'élévation de la température et préconisent l'alimentation suffisante. Ils ne pensent pas que l'introduction d'une quantité suffisante d'albuminoïdes puisse augmenter de beaucoup l'excrétion d'azote.

Et même si cela était, il n'y aurait rien de quoi s'inquiéter, car l'introduction d'une quantité suffisante de nourriture riche en albuminoïdes diminuait les pertes considérables en azote, que subit le typhique. Les expériences de Zassetzki, d'Uffelmann de Hösslin (2) et du docteur Pouritz lui-même prouvent que les typhiques digèrent et absorbent assez bien la nourriture introduite. Ils ne diffèrent en cela que très peu des gens bien portants, malgré que leurs voies digestives soient altérées.

Les idées sur l'alimentation suffisante des typhiques trouvèrent des sympathies en Russie. Pirogow, Botkine, Manasseine, Tchoudnowsky les ont défendues avec ardeur. Pirogow cite quelques cas de fièvre typhoïde qui étaient accompagnés de scorbut, parce que les malades étaient en inanition avant de faire leur maladie. Il proscrit donc la diète absolue et les antiphlogistiques qui d'habitude jouaient un si grand

(1) Thèse *Pouritz*, 1891, Saint-Pétersbourg.

(2) Thèse *Pouritz*.

rôle dans le traitement de ces malades, et recommande la suralimentation qualitative et quantitative.

De tout ce que nous avons dit plus haut, on peut voir que la question de l'alimentation des typhiques n'est pas encore résolue. Les faits démontrent l'utilité, l'inocuité et voire même la nécessité d'une alimentation suffisante chez les pyrétiques. Malheureusement nous voyons encore actuellement que la majorité des cliniciens n'osent pas nourrir suffisamment leurs malades et craignent de leur donner quoi que ce soit, même quand ces dernièrs demandent à manger.

Nous avons vu d'une part que l'inanition aggrave le tableau clinique de la maladie et d'autre part que les typhiques digèrent et absorbent assez bien la nourriture substantielle. Les travaux multiples que nous avons cités plus haut nous l'ont suffisamment prouvés.

Maintenant se pose la question :

Comment nourrir les malades ?

Par le lait, répondront la plupart des cliniciens. Le lait est un bon aliment, personne n'en doute. C'est un aliment complexe qui donne peu de résidu et beaucoup de calories. Mais quelle doit être la quantité de lait pour fournir les calories nécessaires aux fébricitants. Elle doit être supérieure à la ration de celle d'un homme au repos, c'est-à-dire supérieure à 3 litres. Mais il est très difficile de faire prendre aux malades une si grande quantité de lait, surtout pendant une période assez longue.

Nous avons observé personnellement une malade, petite-fille de 12 ans, atteinte de fièvre typhoïde qui absorbait plus

de 2 litres et elle se portait à merveille, mais cette malade demandait du lait tout le temps à son entourage, probablement parce qu'elle n'en avait jamais bu, elle était très pauvre et le lait était un luxe pour elle. Elle avait perdu très peu de son poids. Mais des cas pareils sont une rareté.

Ordinairement les malades se rebutent facilement du régime lacté, parce que toutes les sécrétions sont diminuées. Le lait pris en grande quantité est digéré difficilement et il survient des vomissements. Trousseau a attiré l'attention sur ces formes d'intolérance stomacale. Il dit que l'estomac doit être violenté et il faut lui infliger de force non plus des aliments doux et parcimonieusement comptés, mais des viandes rôties, un régime substantiel qui seul pourra triompher de son inertie. Les mets qui exciteront les papilles gustatives du malade augmenteront la sécrétion de la salive et par suite celle du suc gastrique, par conséquent la digestibilité des matières ingérées et par cela même la nutrition. Uffelman (1) prouve que la qualité fermentative de la salive est conservée dans les fièvres de moyenne intensité.

La présence de la nourriture dans la bouche et la mastication sont les principaux excitateurs de la sécrétion salivaire. La mastication agit mécaniquement sur les glandes salivaires et leurs conduits. Si on donne aux malades une nourriture solide, les conditions qui favorisent la stagnation des microbes dans les conduits salivaires sont écartées. Par conséquent, les abcès préauriculaires sont très rares.

(1) *Wratch*, Bouchouew, 1898, n° 29.

La mastication favorise le nettoyage de la bouche et des dents mieux que tout antiseptique. On conclut de cela que les fébricitants ont besoin d'une nourriture solide autant que les gens bien portants, autrement ses glandes s'atrophient (1). Quant au suc gastrique, les observations de plusieurs auteurs sur les animaux et l'homme prouvent que la digestibilité est quelquefois diminuée, mais elle ne disparaît jamais, et peut être facilement reconstituée (2). Quant aux mouvements de l'estomac, ils sont diminués avec la nourriture liquide, par conséquent son rôle physiologique est écartée et son repos ne favorise pas la nutrition. Mais, dira-t-on, avec M. Chauffard (3), l'estomac est malade, il a subi les mêmes altérations que l'intestin en degré moindre.

En vérité, les lésions de l'estomac sont une rareté et M. Chauffard en a observé 2 ou 3 fois. Quant aux autres organes de la digestion, on ne connaît rien de positif. Les uns avaient bien présenté une diminution de leur capacité, mais personne n'a prouvé l'arrêt complet de leurs fonctions. Les altérations de l'intestin sont évidentes, mais les ulcérations sont rares, surtout chez les enfants. Schopf, Loscher, Sonné, Rilliat, Bider, Unger etc. (4) ont noté chez les enfants des altérations insignifiantes.

Nous voyons donc que les altérations du tube digestif sont telles qu'elles permettent l'introduction d'une nourriture

(1) Statkevitch, cité dans le *Wratch* 1898, par Bouchouew.
(2) Bouchouew, *Wratch*, 1898, n° 29.
(3) Brouardel et Thoinot, p. 59.
(4) Kissel, *Wratch*, 1892.

solide. Quant à l'absorption de cette nourriture et à son assimilation, plusieurs travaux ont prouvé qu'elles se font très bien.

Ce sont les travaux de MM. Zassetsky, Pouritz, Kissel et Bouchouew : Ces auteurs ont prouvé que les échanges nutritifs se font très bien chez les fébricitants.

Zassetsky (1) a observé 180 cas de fièvre typhoïde qui ont donné 5,5 o/o de mortalité et 9 o/o, si on compte les cas très graves.

Pas une fois il n'a observé de perforation.

Une fois il a constaté une hémorrhagie intestinale, qui a fini par guérir.

Cependant tous ses malades avaient reçu une nourriture solide, composée de la viande hachée, du pain, d'œufs, de lait, de bouillon, etc. (2).

Le docteur Pouritz, dans son travail très intéressant sur la suralimentation des typhiques (3), publie des résultats très précieux. Le but de son travail avait été d'établir l'équilibre des pertes considérables, que supportent les pyrétiques, par l'introduction d'une quantité suffisante de matières nutritives, correspondantes à peu près à ces pertes. Il a choisi une ration alimentaire dans laquelle la quantité d'albuminoïdes était graduellement augmentée, dans le but de couvrir les pertes d'azote des malades.

La ration alimentaire était composée de 160 grammes

(1) *Wratch*, 1889.
(2) *Wratch*, 1889.
(3) *Pouritz*, thèse, 1891. Saint-Pétersbourg.

d'albuminoïdes, 60 à 90 grammes de graisses et 300 grammes d'hydrocarbures.

Pour rechercher l'influence de la suralimentation sur les typhiques, il a fait l'étude comparée de l'alimentation insuffisante sur les échanges nutritifs et de la suralimentation pendant la période fébrile et même quelques jours après cette période. Pour cela, il a fait le dosage rigoureux de la quantité d'azote introduite et excrétée par les urines et les fèces.

Ses malades se trouvaient dans de bonnes conditions hygiéniques, les uns avec l'alimentation ordinaire, les autres avec la suralimentation.

Les premiers recevaient 40 grammes d'albuminoïdes, 10–20 grammes de graisses et 100–150 grammes d'hydrocarbures, 2–2 litres 1/2 de liquide par 24 heures.

La nourriture était donnée à petite dose et fréquemment. Nous nous permettons de citer les recherches et les résultats de ce travail si instructif.

Les résultats de recherches faites sur les malades insuffisamment nourris sont les suivants :

La quantité d'azote introduite pendant la période pyrétique est de 8,3 grammes en moyenne par 24 heures, dont 6,9, c'est-à-dire 81 o/o sont assimilés. Par les urines, le malade excrète 15,8 grammes d'azote, par conséquent il perd par 24 heures 8,3 grammes d'azote provenant de ses propres tissus.

Pendant les jours qui suivirent la période fébrile, il introduit 14 grammes d'azote, dont 12,7, c'est-à-dire 88 o/o sont assimilés.

Par les urines, le malade excrète 11,0 grammes, donc il gagne en moyenne 1,5 grammes d'azote par 24 heures.

Quant aux malades qui étaient suralimentés, les résultats sont les suivants :

D'abord l'auteur, au début de son travail, pensait qu'il faudra lutter avec l'absence d'appétit chez les typhiques. Mais heureusement ce n'était que les premiers jours que la nourriture était difficilement introduite.

La nourriture était très variée.

Elle était composée de 2 litres et demi de lait ; d'œufs presque durs, mais brouillés, de viande hachée, rôtie ou cuite, coupée en petits morceaux, de 50-75 grammes de poudre de viande, prise en deux fois, dans 250 grammes de bouillon, et du pain blanc, de la mie.

A part cela, les malades recevaient 90 centimètres cubes de Porto, ou du vin rouge ordinaire, 30 centimètres cubes de cognac, du thé, du café, de la limonade, 100 grammes de sucre et 1 ou 2 citrons, et en plus de l'eau pure filtrée.

Nous voyons donc quelle ration substantielle a été donnée aux malades du docteur Pouritz.

Toutes les conditions d'analyse étaient les mêmes dans les deux cas. Dans le deuxième cas, la quantité d'azote introduite pendant la période fébrile est de 23,1 gr. par 24 heures, dont les 18,5 gr. sont assimilés, c'est-à-dire 80 o/o. La quantité d'azote excrétée est égale à 25 gr. par 24 heures pendant cette période. La perte quotidienne d'azote a été de 6,2 gr. en moyenne.

Pendant la période apyrétique, la quantité d'azote introduite est de 25,3 gr. par 24 heures, dont 20,5 gr. sont assimilés, c'est-à-dire 80,8 o/o. La quantité éliminée par les urines est de 26 grammes par 24 heures, soit 0,3 gr. d'azote qui sont gagnés par l'organisme pendant cette période. En faisant la comparaison de ces deux études, le docteur Pouritz arrive aux conclusions suivantes : la quantité d'azote introduite pendant la période fébrile chez les suralimentés est de 3–4 fois plus grande que chez ceux qui reçoivent la nourriture ordinaire. Et pourtant le tant o/o de l'assimilation azotée est très peu abaissé, au lieu de 79-82 o/o, 81 o/o en moyenne chez les malades insuffisamment nourris, tandis qu'il est de 75–84 o/o, 80 o/o en moyenne chez les suralimentés. On peut dire que le tant o/o d'assimilation dans la suralimentation ne change presque pas.

Quant à la quantité d'azote excrétée par les urines en 24 heures pendant la période fébrile, elle est plus considérable chez les suralimentés, mais loin d'être aussi grande que la quantité introduite.

Par conséquent les typhiques alimentés ou non perdent pendant la période fébrile une quantité considérable d'azote, mais la perte par 24 heures est de 20 à 25 o/o moins grande chez les suralimentés. Chez ceux-là, la perte n'était que de 3–10 gr. par 24 heures. Chez les autres de 5–12, en moyenne, elle a été chez les premiers de 6,2 gr. et chez les seconds de 8,3 gr., c'est-à-dire que les malades qui étaient suralimentés gagnent 2,1 gr. de plus que les autres. Quant à

la quantité d'urine, elle était considérablement augmentée chez les suralimentés.

Les personnes suralimentées accusaient une augmentation de poids de 60-90 gr. par 24 heures. Il ajoute qu'il faut considérer ce poids comme minimum, parce que, à la clinique où le docteur Pouritz faisait ses recherches, la nourriture ordinaire était déjà assez substantielle en comparaison avec les autres cliniques. Nous nous permettons de citer entièrement les conclusions auxquelles est arrivé le docteur Pouritz :

1) Les malades atteints de fièvre typhoïde peuvent supporter facilement dans la période fébrile, comme dans les premiers jours qui suivent cette période, une quantité considérable d'albuminoïdes.

2) L'assimilation des albuminoïdes pendant la période pyrétique chez les suralimentés est un peu moindre que celle qu'on observe avec l'alimentation insuffisante.

La période de la maladie n'a pas d'influence sur le o/o d'assimilation.

3) Chez les typhiques, nourris d'aliments riches en albuminoïdes, la quantité d'azote excrétée par les urines augmente.

4) La perte quotidienne d'azote et celle du poids du corps sont abaissées, chez les typhiques suralimentés, pendant la période fébrile.

5) Dans la suralimentation chez les typhiques avec introduction de quantité suffisante de boissons, les urines sont augmentées ; il faut ajouter que la suralimentation n'a

aucune influence sur l'apparition de l'albumine dans les urines.

6) La suralimentation ne produit pas l'augmentation de la température.

7) Dans la suralimentation, il n'y a pas de désordres du tractus gastro-intestinal ; la diarrhée est diminuée et on observe même la tendance à la constipation.

8) Dans la suralimentation, on n'a observé : ni complications, ni rechutes, ni prolongation de la période pyrétique.

9) L'état général du malade et les fonctions de ses organes sont améliorés, chez les typhiques suralimentés, et la convalescence se fait mieux et plus vite que chez ceux qui ne l'ont pas été.

On peut aussi voir les travaux très intéressants du docteur Kissel dans le Wratch (N 14, 16, 17, 18, 96), sur la suralimentation dans la fièvre typhoïde chez les enfants. Il a surveillé 81 enfants typhiques à l'hôpital de Saint-Olga, à Moscou, tous ces petits malades étaient suralimentés. Quant à la quantité de la nourriture, dans les cas très graves, on a tenu à faire administrer aux petits typhiques une grande quantité de lait et de bouillon, dans les autres cas, on donnait aux enfants, à part le lait, du bouillon avec de la poudre de viande, des œufs, de la viande hachée, du riz au lait, du pain blanc et de la viande cuite ou rôtie. « Dans la suralimentation, dit le docteur Kissel, il ne fallait pas forcer les malades à manger (excepté dans les cas graves). Les enfants, au bout de 4 jours, s'habituaient à ce régime et même, quelquefois, demandèrent davantage. » Dans ce cas, le docteur Kissel leur

donnait, comme nourriture solide, la même ration qu'aux autres, en y ajoutant une quantité de lait. Sa nourriture était donnée de la façon suivante : à 8 h. du matin, une tasse de lait de 210 gr., à 10 h., une demi-côtelette hachée (35 gr.) et un morceau de pain blanc, à midi, 150 gr. de bouillon et une cuillerée à dessert de poudre de viande, une demi-côtelette hachée et du pain blanc, à 3 h., du lait avec biscuit sec, à 6 h., de la semoule au lait (175 gr.). Pour le déjeuner, l'enfant avait une demi-côtelette ou un œuf. Quant au lait, on forçait les enfants à en prendre le plus possible, mais rarement, la quantité atteignait 1 260 gr., ordinairement 3/4 tasses, c'est-à-dire 630 à 840 grammes. En somme, la nourriture que donnait le docteur Kissel à ces enfants typhiques contenait à peu près 75 gr. d'albuminoïdes, 40 gr. de graisse et 120 d'hydrates de carbone ; comme nous le voyons, c'était une ration assez substantielle pour des enfants avant l'âge de 12 ans.

Mais, même avec une suralimentation, il constate la perte de poids du corps. La perte moyenne du poids par 24 heures est de 0,43 o/o. Quant à ce que gagnait l'enfant pendant les jours de sa convalescence, la moyenne est de 0,65 o/o. Il a observé 14 complications : une fois une otite double, 2 fois une otite unilatérale, 3 fois une périparotite, 8 fois des abcès.

Seulement deux cas de mort. Pas de rechutes. De ses observations, le docteur Kissel pose des conclusions suivantes :

« 1) Même avec la suralimentation, le typhique se trouve en inanition parce qu'il perd de son poids.

2) La suralimentation n'augmente pas la température.

3) La suralimentation n'augmente pas la diarrhée ; au contraire, il observe la tendance à la constipation.

4) Les complications n'augmentent pas et la durée de la fièvre non plus.

5) L'état général des typhiques suralimentés s'améliore.

6) Il n'y a pas de rechutes.

7) Les premiers jours, les enfants refusaient à manger, mais ensuite ils mangeaient très bien.

8) Chez les suralimentés, la durée de la fièvre n'a pas d'influence sur la moyenne de perte du poids par 24 heures.

Citons encore les travaux de Bouchouew et Sarzévitch (1), qui ont fait une étude des typhiques suralimentés et de ceux soumis au régime ; ils ont trouvé les mêmes résultats que les auteurs précédemment cités. Bouchouew a observé 80 malades suralimentés, et Sarzéwitch 74, nourris ordinairement. Ils ont trouvé que le % de mortalité est moindre chez les suralimentés. Les hémorrhagies intestinales ont été observées quatre fois chez ces malades, dont deux sont morts, mais ce qu'il y a de curieux, c'est que sur ces quatre malades, il n'y en avait qu'un seul qui recevait une nourriture solide parce que deux sont entrés à l'hôpital dans un état tellement grave, que forcément on ne pouvait leur donner que des liquides. L'autre était un médecin militaire, et il refusait de prendre la nourriture solide.

« Donc, il ne faut pas craindre tellement les hémorrhagies

(1) *Wratch*, 1898.

et les perforations intestinales », dit Bouchouew. Citons encore le nom de Barrs (1), qui a observé 31 cas de fièvre typhoïde, dont 28 recevaient une nourriture solide et riche et ont été guéris, les trois autres étaient morts.

Citons aussi les observations de Gournitzsky (2) sur quatre-vingt malades atteints de fièvre typhoïde et soixante-dix de typhus exenthématique. Il donnait une nourriture solide : des biftecks, de la viande cuite, des côtelettes et même du hareng pour exciter l'appétit des malades.

« Non seulement on n'a pas observé d'hémorrhagies intestinales, de perforations, de péritonite, une durée prolongée de la maladie, de rechutes, mais au contraire chez les malades, qu'on pouvait forcer à manger, on voyait l'état général pendant toute la maladie s'améliorer, le délire était moindre, la prostration l'était aussi, pas d'escarres, pas d'inflammation de la parotide, le tractus gastro-intestinal travaillait bien et la durée de la convalescence était plus courte. » Comme complication, il a observé les suivantes : otite (1), paralysie des membres inférieurs (1), mammite (1) méningite (2), magnie (2), rechute (4). Le $^0/_0$ de mortalité est de 2,66 $^0/_0$.

Nous avons pu voir dernièrement les observations de M. le professeur Vaquez (3). Il a obtenu des résultats très encourageants, en donnant à ses malades une nourriture assez abondante et plus ou moins substantielle.

(1) Cité par *Bouchouew*, 1699, *Wratch*. N. 27.
(2) *Wratch* 1899. N. 38.
(3) Presse Médicale, 1200. N 12.

Citons, en dernier lieu, l'article de M. Ladiechensky (1), qui a paru tout récemment. Il a observé 5 cas avec suralimentation. Les résultats obtenus sont remarquables. La nourriture a été abondante, substantielle et solide. Il donne aux malades tous ce qu'ils demandent.

—

Nous avons dit, dans l'avant-propos, que M. le docteur Winokouroff a bien voulu nous permettre de publier les observations que nous avons pu faire dans son service d'Odessa.

Les petits malades du docteur Winokouroff se trouvaient dans les meilleures conditions hygiéniques. Comme bains, ils recevaient par 24 heures 2-3 à 28° R avec ablutions froides et 10 minutes de durée chacun.

Ils avaient des vessies de glace sur la tête quand la T° axillaire dépassait 38,5°.

Nous avons pu observer 33 malades dont l'âge variait de 3 à 12 ans.

20 de ces petits patients recevaient une nourriture abondante et substantielle et les 13 autres avaient une alimentation moins abondante et moins substantielle. Le groupe des enfants suralimentés recevait par 24 heures : 4-5 tasses de lait de 200 gr. chacune, 2 assiettes de bouillon, une bouteille de kéfire d'un demi-litre, 2-3 œufs, 2 tasses de thé, du riz au

(1) Hebdomadaire de la Médecine Pratique, 1900. Juin.

lait, à peu près 100 gr. de viande hachée, du pain blanc, du cacao, du poulet cuit ou rôti, de la compote, du café, du vin et de l'eau filtrée à volonté.

Les autres avaient 2-3 tassses de lait, 2 bouillons, 1/2 bout. de kéfire, 1 œuf, 2 tasses de thé, du riz au lait, du vin, du café et de l'eau.

Le deuxième groupe recevait une nourriture encore assez substantielle, cependant moins abondante que celle du premier. Les repas des petits malades n'étaient pas copieux à la fois, mais ils étaient fréquents. Les malades recevaient cette nourriture du premier jour de leur entrée et ils continuaient à manger, même quand la fièvre était très élevée. Certainement, si le malade se trouvait en prostration profonde avec perte de connaissance, on ne pouvait pas arriver à lui donner une nourriture substantielle, alors on tâchait d'introduire une quantité plus grande de lait, de bouillon.

On donnait aux petits malades une grande quantité de boisson pour faire fonctionner leurs reins et par cela même l'élimination des toxines.

La nourriture des enfants était partagée en 6 repas :

Le matin, à 8 h., une tasse de lait ou de cacao et un morceau de pain ; à 10 h., un œuf à la coque ou un œuf dur et une assiette de riz au lait ; à midi, un bouillon, une côtelette hachée avec pain et de la compote ; à 2 h., une tasse de lait avec pain ou biscuit ; à 4 heures, un œuf avec pain et du thé ; à 6 h., du lait, du bouillon. Quand ils avaient soif on leur donnait de la limonade, du lait, du thé, du café noir et de l'eau filtrée.

Seulement les premiers jours il fallait lutter avec l'absence de l'appétit chez les enfants, parce qu'ils arrivaient à l'hôpital dans un état bien grave. Mais ordinairement, cet état s'améliorait le 2e ou 3e jour de leur entrée, l'appétit revenait, le status typhosus n'avait pas l'allure d'une fièvre grave avec prostration profonde et délire. La diarrhée, qui était intense au jour de l'entrée, disparaissait le surlendemain et quelquefois persistait, comme nous citons dans nos observations. Dans les cas où la diarrhée persistait, la convalescence était plus longue et les petits malades étaient faibles.

Dans les autres cas, au contraire, où on était obligé de recourir aux lavements et quelquefois aux purgatifs, les enfants se portaient bien, ils s'asseyaient facilement tout seuls dans leurs lits, descendaient pour satisfaire leurs besoins, mangeaient bien et perdaient relativement peu de leur poids. L'état général restait bon, la langue n'était pas saburrale, comme on le voit ordinairement chez les malades atteints de la fièvre typhoïde. On n'observe pas de fuliginosités sur les dents, en un mot, en regardant la bouche de ces petits malades, vous ne diriez pas qu'ils ont 40° de température, et tout cela est dû à ce que l'appareil buccal fonctionne comme chez un homme sain. C'est un plaisir d'entrer dans la salle des petits malades, pendant leurs repas. Presque tous sont assis dans leurs lits et mangent avec grand appétit tout ce qu'on leur offre. Très souvent ils demandent des suppléments, mais dans ces cas on leur donne du lait. On ne dirait pas que ce sont des typhiques, pourtant tous les signes de la dothiénentérie y sont. La diazoréaction est bien

accusée. Ils ont du gargouillement dans la fosse iliaque droite, des taches rosées, la rate déborde les fausses-côtes, presque dans tous les cas, la courbe de la fièvre est bien caractéristique, seulement le ventre n'est pas toujours ballonné, parce que les selles sont régulières ou régularisées, la langue est humide, en un mot tous les signes morbides qui fatiguent le malade, qui lui rendent cette longue maladie intolérable, n'existent pas.

Nous ne nous arrêterons pas longuement sur les complications que craignaient tellement les successeurs de Brown et de Broussais. Leurs craintes ne sont pas fondées. Non seulement ces horribles hémorrhagies avec perforation intestinale qui font la terreur des cliniciens n'existaient pas, mais les simples rechutes étaient très rares dans les cas observés par nous.

Il est vrai que les hémorrhagies intestinales ne sont pas fréquentes chez les enfants, mais chez les adultes elles ne le sont pas non plus, comme nous avons pu voir dans plusieurs travaux cités plus haut. Comme complications dans nos observations, nous pouvons citer une otite et trois fois l'ascension thermique au cours de la période de convalescence. On ne peut pas dire que ce soit des véritables rechutes de la fièvre, parce qu'elle durait seulement 2–3 jours.

Nous ne croyons pas que cette otite soit cause de l'alimentation substantielle, ni ces petites poussées de la fièvre.

Nous voyons que ces complications ne sont pas si effrayantes, comme pensent beaucoup de cliniciens. La nourriture est loin d'être solide quand elle fait ce long voyage de

l'estomac à la dernière portion de l'intestin grêle où se trouvent le plus souvent les ulcérations.

Quant aux toxines qui sont éliminées par la diarrhée intense, d'après plusieurs cliniciens, et qui ne veulent pas l'arrêter, nous croyons que c'est une erreur, parce qu'une autre voie est plus préférable et moins débilitante : c'est la voie rénale.

On facilite cette élimination par introduction de boissons abondantes. C'est ce qu'on a fait chez nos petits malades.

Quant au poids du corps, nous avons trouvé une différence énorme chez les enfants qui étaient suralimentés.

Les enfants des deux groupes étaient pesés tous les trois jours. On peut voir cette différence en parcourant nos tableaux qui montrent le poids du corps à l'entrée, les jours de la période fébrile et par conséquent de diminution du poids, la quantité perdue pendant ces jours en grammes et le taux de la quantité perdue pendant 24 heures. Puis nous avons noté le poids du corps minimum, c'est-à-dire après la période de la pyrexie, les jours de la convalescence, par conséquent à la période d'augmentation du poids, la quantité en grammes gagnée pendant les jours apyrétiques et le pourcentage du poids gagné par 24 heures, puis le poids du corps à la sortie.

La différence est la suivante :

Les enfants du premier groupe, c'est-à-dire les suralimentés, perdent de 0,19 o/o à 0,66 o/o de leur poids, en moyenne 0,41 o/o par 24 heures, pendant la période fébrile,

et gagnent les jours suivants de 0,31 0 0 à 1,11 0/0 par 24 heures, soit en moyenne 0,61 0/0.

L'autre groupe d'enfants, c'est-à-dire ceux qui avaient la nourriture ordinaire, perdent de 0,40 0/0 à 0,94 0/0 de leur poids par 24 heures les jours fébriles, soit en moyenne 0,63 0/0 et gagnent les jours de convalescence de 0,17 0/0 à 0,60 0/0, soit en moyenne 0,35.

N'oublions pas d'ajouter que les enfants de ce dernier groupe n'étaient pas suralimentés, mais qu'ils recevaient une nourriture encore assez abondante et substantielle, puis on augmentait la ration aussitôt que la fièvre était tombée ; pendant toute la durée de la convalescence, ils recevaient la même nourriture que les suralimentés. Malgré cela, ils réparaient les pertes de la période fébrile plus difficilement que les suralimentés. La différence est minimum entre ces deux groupes, grâce à la méthode d'alimentation dont on se servait chez nos malades.

La convalescence chez les suralimentés était relativement plus rapide quoiqu'ils supportaient des fièvres de longue durée. On peut voir cela dans nos tableaux qui montrent la durée de convalescence chez les deux groupes.

En mettant dans la balance les pour et les contre de la suralimentation, nous voyons que c'est elle qui l'emporte et nous arrivons aux conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

I. — La suralimentation est nécessaire dans la fièvre typhoïde chez les enfants.

II. — La suralimentation répare les pertes considérables que subissent les petits malades.

III. — La suralimentation diminue sans toutefois enrayer complètement l'inanition du typhique.

IV. — La suralimentation améliore l'état général du typhique, même dans les fièvres de longue durée.

V. — On ne voit pas de fièvre typhoïde à forme ataxo-adynamique chez les malades qui reçoivent une nourriture abondante et substantielle.

VI. — La suralimentation augmente l'appétit des fébricitants.

VII. — La suralimentation fait presque toujours disparaître la diarrhée et provoque une tendance à la constipation.

VIII. — La suralimentation n'augmente ni la durée, ni l'intensité de la fièvre.

IX. — La suralimentation ne cause ni complications, ni rechutes de la maladie.

X. — Les suralimentés perdent en moyenne 0,41 o/o de leur poids par 24 heures pendant la période fébrile et gagnent 0,61 o/o par 24 heures pendant les jours de la convalescence, tandis que ceux qui reçoivent la nourriture ordinaire perdent 0,63 o/o en moyenne, et gagnent 0,35 o/o en moyenne.

XI. — La suralimentation rend la convalescence plus rapide et plus complète.

Vu le doyen :

BROUARDEL

Vu par le Président de la thèse,

G. POUCHET

Vu et permis d'imprimer,

Le vice-recteur de l'Académie de Paris.

GRÉARD

Moyenne de diminution et d'augmentation de poids du corps des enfants suralimentés

Observations	Nom et âge des suralimentés	Jours passés à l'hôpital	Poids du corps à l'entrée	Jours de diminution du poids	Quantité perdue en grammes	La moyenne de perte en % en 24 heures	Poids minimum du corps	Jours d'augmentation du poids	Quantité gagnée en grammes	La moyenne de gain en % en 24 heures	Poids du corps à la sortie
I	L. D. g. 12 ans	50 j.	34500 gr.	30 j.	5500 gr.	0,53 %	29000 gr.	20 j.	3000 gr.	0,51 %	32000 gr.
II	S. T f. 12 ans	47 j.	28500 gr.	37 j.	3500 gr.	0,33 %	25000 gr	10 j.	2000 gr.	0,80 %	27000 gr.
III	Ch. G. g. 12 ans	30 j.	35000 gr.	15 j.	3000 gr.	0,57 %	32000 gr.	15 j.	2500 gr.	0,52 %	34500 gr.
IV	Ch. P. f. 11 ans	35 j.	31000 gr.	25 j.	3500 gr.	0,45 %	27500 gr.	10 j.	2500 gr.	0,90 %	30000 gr.
V	M. E. g. 10 ans	24 j.	31000 gr.	12 j.	1500 gr.	0,41 %	29500 gr.	12 j.	1500 gr.	0,41 %	31000 gr.
VI	O. M. g. 10 ans	40 j.	28000 gr	28 j.	1500 gr.	0,19 %	26500 gr.	12 j.	1500 gr.	0,46 %	28000 gr.
VII	J. R. g. 10 ans	69 j.	31500 gr.	44 j.	5000 gr.	0,36 %	26500 gr.	25 j.	5500 gr.	0,80 %	32000 gr.
VIII	S. A. f. 7 ans	39 j.	23000 gr.	25 j.	3500 gr.	0,50 %	19500 gr.	14 j.	3000 gr.	1,00 %	22500 gr.
IX	A. T. g. 6 ans	42 j.	20500 gr.	34 j.	1500 gr.	0,21 %	19000 gr.	8 j.	800 gr.	0,52 %	19800 gr.
X	Ch. W. f. 7 ans	21 j.	23000 gr.	14 j.	1000 gr.	0,31 %	22000 gr.	12 j.	1500 gr.	0,56 %	23500 gr.
XI	G. W. f. 8 ans	38 j.	24000 gr.	26 j.	2000 gr.	0,31 %	22000 gr.	12 j.	1500 gr.	0,56 %	23500 gr.
XII	R. Z. f. 6 ans	50 j.	17000 gr.	30 j.	3000 gr.	0,58 %	14000 gr.	20 j.	2000 gr.	0,71 %	16000 gr.
XIII	F. Ch. f. 4 ans	42 j.	15250 gr.	30 j.	1000 gr.	0,21 %	14250 gr.	12 j.	1250 gr.	0,72 %	15500 gr.
XIV	M. J. f. 3 ans	20 j.	12250 gr.	10 j.	750 gr.	0,61 %	11500 gr.	10 j.	500 gr.	0,43 %	12000 gr.
XV	Ch. Ch. f. 7 ans	68 j.	17500 gr.	50 j.	3500 gr.	0,40 %	14000 gr.	18 j.	2000 gr.	0,79 %	16000 gr.
XVI	S. U. f. 8 ans	40 j.	22500 gr.	10 j.	1500 gr.	0,66 %	21000 gr.	30 j.	2000 gr.	0,31 %	23000 gr.
XVII	E. B. g. 8 ans	41 j.	22000 gr.	32 j.	3500 gr.	0,44 %	18500 gr.	9 j.	1500 gr.	0,90 %	20000 gr.
XVIII	B. G. f. 8 ans	57 j.	22500 gr.	42 j.	2000 gr.	0,21 %	20500 gr.	15 j.	2000 gr.	0,65 %	22500 gr.
XIX	B. R. f. 7 ans	25 j.	19500 gr.	15 j.	1500 gr.	0,51 %	18000 gr.	10 j.	2000 gr.	1,11 %	20000 gr.
XX	S. G. g. 7 ans	40 j.	20500 gr.	28 j.	2000 gr.	0,34 %	18500 gr.	12 j.	1500 gr.	0,67 %	20000 gr.

Moyenne de diminution et d'augmentation du poids du corps des enfants mis au régime

Observations	Nom et âge Régime	Jours passés à l'hôpital	Poids du corps à l'entrée	Jours de diminution du poids	Quantité perdue en grammes	La moyenne de perte en 0/0 par 24 heures	Poids minimum du corps	Jours d'augmentation du poids	Quantité gagnée en grammes	La moyenne de gagne en 0/0 par 24 heures	Poids du corps à la sortie
XXI	S. K. g. 12 ans	30 j.	28500 gr.	16 j.	2500 gr.	0,54 0/0	26000 gr.	14 j.	2000 gr.	0,55 0/0	28000 gr.
XXII	P. D. f. 10 ans	32 j.	23000 gr.	10 j.	1500 gr.	0,70 0/0	21500 gr.	22 j.	1000 gr.	0,21 0/0	22500 gr.
XXIII	S. Ch. g. 5 ans	35 j.	17500 gr.	20 j.	1500 gr.	0,42 0/0	16000 gr.	15 j.	500 gr.	0,20 0/0	16500 gr.
XXIV	S. B. f. 9 ans	23 j.	21000 gr.	12 j.	1000 gr.	0,40 0/0	20000 gr.	11 j.	750 gr.	0,34 0/0	20750 gr.
XXV	B. R. f. 11 ans	26 j.	29500 gr.	13 j.	1750 gr.	0,45 0/0	27750 gr.	13 j.	1000 gr.	0,27 0/0	28750 gr.
XXVI	L. P. f. 3 ans	33 j.	11500 gr.	15 j.	1500 gr.	0,87 0/0	10000 gr.	18 j.	1000 gr.	0,55 0/0	11000 gr.
XXVII	A. W. g. 6 ans	31 j.	18500 gr.	19 j.	1500 gr.	0,42 0/0	17500 gr.	12 j.	500 gr.	0,23 0/0	18000 gr.
XXVIII	M. Ch. f. 6 ans	27 j.	18500 gr.	15 j.	2500 gr.	0,90 0/0	16000 gr.	12 j.	1000 gr.	0,52 0/0	17000 gr.
XXIX	Ch. Ch. f. 10 ans	27 j.	23000 gr.	16 j.	2000 gr.	0,54 0/0	21000 gr.	11 j.	1000 gr.	0,43 0/0	22000 gr.
XXX	J. W. f. 6 ans	24 j.	19000 gr.	14 j.	2500 gr.	0,94 0/0	16500 gr.	10 j.	1000 gr.	0,60 0/0	17500 gr.
XXXI	D. T. f. 10 ans	22 j.	20000 gr.	14 j.	2000 gr.	0,71 0/0	18000 gr.	8 j.	250 gr.	0,17 0/0	18250 gr.
XXXII	B. Ch. f. 3 ans	26 j.	14000 gr.	14 j.	1500 gr.	0.79 0/0	12500 gr.	12 j.	500 gr.	0,33 0/0	13000 gr.
XXXIII	Ch. Z. f. 4 ans	35 j.	13500 gr.	25 j.	2000 gr.	0,57 0/0	11500 gr.	10 j.	250 gr.	0,21 0/0	11750 gr.

OBSERVATIONS

—

Les suralimentés.

Observation I

L. D., garçon, 12 ans. Entre le 5 juin 1899 au 5e jour de sa maladie. T. = 40,2°. Diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite, ventre ballonné, taches rosées. Diazoréaction nette. La fièvre continue 30 jours. L'état général n'est pas mauvais. Les selles sont régulières, plutôt avec tendance à la constipation, qui cède facilement aux lavements, langue humide, appétit conservé, on garde le malade 20 jours après la défervescence de la fièvre.

Observation II

S. T., fillette de 12 ans. Entre à l'hôpital le 15 juin 1899. T. = 39,1°. Malade depuis 8 jours. Diarrhée. Gargouillement. Taches rosées. Diazoréaction positive. La fièvre dure 37 jours, mais l'état général est bon. Convalescence dure 10 jours.

Observation III

Ch. G., garçon, 12 ans. Entré le 4 décembre 1898, au 8e jour de sa maladie, T. = 40°. On porte le diagnostic de la dothiénentérie. La diazoréaction est positive. La période fébrile dure encore 15 jours. L'état général est parfait. L'appétit est bon, la diarrhée a disparu. La convalescence dure 15 jours.

Observation IV

Ch. P., f. 11 ans. Entrée à l'hôpital le 10 novembre 1898, le 14e jour de sa maladie. T. = 38,9. Etat typhoïde bien accusé. Diarrhée, gargouillement, ventre ballonné, rate augmentée de volume, diazoréaction bien nette. La fièvre dure encore 25 jours, l'état s'améliore, pas de diarrhée, plutôt constipation, qu'on combat par les lavements. On garde la malade 10 jours après la chute de la T° et elle sort guérie. Pas de complications.

Observation V

M. E., g., 10 ans. Entré le 23 novembre 1898, T. = 39° au 8e jour de la maladie. Diarrhée, gargouillement, ventre ballonné, rate grosse, déborde les fosses côtes, taches rosées. La fièvre dure 12 jours, pas de diarrhée. Le malade reste encore 12 jours à l'hôpital et sort tout à fait guéri. Pas de complications.

Observation VI

O. M., g., 10 ans. Entré le 29 sept. 1898. Tous les signes de

la dothiénentérie. Au 5e jour de la maladie, T. = 39°. Diazoréaction est positive. La pyrexie dure 28 jours et il sort le 40e jour de sa maladie avec son poids du corps initial. Il faut noter une petite poussée de fièvre, qui durait 3 jours et s'était produit après la chute complète de la T°.

Observation VII

J. R. g., 10 ans. Entré à l'hôpital le 8 octobre 1898 pour maux de tête, courbature, épistaxis et diarrhée avec T. = 35,4°, qui monte le lendemain matin à 37,8, le soir à 39,1, le surlendemain matin 39,2 et le soir 40,1. Ventre ballonné, gargouillement net, 3 jours après on trouve des taches lenticulaires. La diazoréaction est positive. La fièvre continue 44 jours, mais l'état général reste bon. Aucune complication n'est survenue au cours de cette pyréxie. On a pu garder le petit malade 25 jours et il est sorti le 69e jour de sa maladie en état parfait et le poids de son corps était supérieur à celui de son entrée.

Observation VIII

S. A., f., 7 ans. Entrée le 4 oct. 1898. Au 12e jour de la maladie, T. = 39,8. On porte le diagnostic de la fièvre typhoïde. La période fébrile dure 23 jours et elle sort bien portante au 39e jour après son entrée.

Observation IX

A. T., g., 6 ans. Entré le 16 juillet 1899. Au 6e jour de sa maladie T. = 39°. Tous les symptômes de la dothiénentérie y

sont. La fièvre continue 21 jours, 4 jours suivants elle fait des grandes oscillations et tombe à 36° le 25e jour. 10 jours la T° ne dépasse pas la normale, quoique la différence entre la T° matinale et la T° vespérale soit de 0,6-0,7°; le 35e jour, la T° fait une ascension et atteint 39,6° : cela dure 5 jours, puis elle tombe définitivement le 40e jour de la maladie. Pas d'autres complications à noter.

Observation X

Ch. W., f. 7 ans. Entrée le 29 novembre 1898, le 14e jour de sa maladie, T° 39,2. Vomissements, diarrhée, ventre ballonné, gargouillement, rate grosse. Diazoréaction positive. La période fébrile dure 14 jours, l'état général s'améliore, la diarrhée disparaît, la digestion est normale. La malade est partie le 26e jour en bonne santé.

Obsertation XI

G. W., fillette, 8 ans. Entrée le 1er décembre 1898 au 12e jour de la maladie. T. = 40,6°. La petite malade se trouve dans une prostration profonde avec délire, qui dure 2 jours. Sous l'influence du traitement, l'état général s'améliore, la T° ne dépasse plus 39° et la fièvre dure 26 jours, l'état général reste bon, pendant toute la durée de la fièvre. Langue humide, appétit conservé, mais la rate est grosse et douloureuse. La diazoréaction est positive. Pas de complications à noter.

Observation XII

R. Z., f., 6 ans. Entrée le 3 juin 1899 au 7e jour de la maladie. Tous les symptômes de la dothiénentérie sont bien accusés. Prostration profonde, qui s'améliore le surlendemain. La diarrhée diminue, la fièvre continue 30 jours. On la garde 20 jours et elle sort guérie.

Observation XIII

F. Ch. fillette 4 1/2 ans. Entrée le 11 juillet 1899, au 8e jour, avec T. = 39°. Taches rosées, gargouillement, diarrhée, vomissements qui disparaissent le lendemain, la rate est grosse. On constate un peu de congestion aux deux bases de poumons. Diazoréaction est positive. L'état général reste bon, la digestion se régularise, pas de diarrhée.

Observation XIV

M. J., garçon, 3 ans. Entré le 22 octobre 1898, au 7e jour, T. = 39,2. Vomissements, diarrhée, ventre ballonné, pétéchies, rate déborde les fausses côtes, toux, à l'auscultation râles, de la bronchite. La fièvre reste stationnaire pendant 7 jours, les 3 jours suivants fait des grandes oscillations et tombe à la normale le 17e jour. L'état général reste bon, la digestion est normale, la diarrhée a disparu dans les 3 jours après l'entrée.

Observation XV

Ch. Ch., f., 7 ans. Entrée le 1er sept. 1898, T. = 40° au 8e jour

de sa maladie. L'état typhoïde est bien accusé. Prostration, langue sèche, diarrhée intense, gargouillement, ventre ballonné, taches rosées. La fièvre dure 30 jours. L'état général est amélioré, mais la diarrhée continue. Pas de complications à noter. La convalescence dure 18 jours.

Observation XVI

S. U., f., 8 ans. Entrée le 15 sept. 1898 au 16e jour de sa maladie. L'état général mauvais, prostration, subdélirium, T. = 40,1° ; la diarrhée est intense, le ventre est ballonné ; on constate le gargouillement dans la fosse iliaque droite, la langue est saburrale, les dents fuligineuses. Les jours suivants, l'état s'améliore, la diarrhée cesse, pas de délire et 10 jours après son entrée la T° tombe à la normale. Mais la convalescence est longue, parce qu'elle est compliquée d'une otite moyenne. La malade sort guérie au 56e jour de sa maladie.

Observation XVII

E. B., g , 8 ans. Entré le 1er sept. 1898, T. = 40,3°. Il est au 4e jour de sa maladie, vomissements, diarrhée intense, gargouillement dans la fosse iliaque droite. L'état typhoïde est bien accusé. La diazoréaction est positive. La fièvre dure 32 jours, l'état général est amélioré. On garde le malade 9 jours après la chute de la température et il sort guéri. Rien à noter.

Observation XVIII

B. G., f., 8 ans. Entrée le 26 août 1898. T. = 40°. L'état généra

est mauvais. Prostration, délire, diarrhée intense, gargouillement net, taches rosées, rate grosse. 8 jours, le malade se trouve dans cet état, puis il s'améliore : la prostration et délire disparaissent, mais la diarrhée continue. On note de la congestion pulmonaire à la base droite, mais l'état général n'est pas mauvais. La convalescence dure 15 jours, tandis que la période fébrile était de 42 jours.

Observation XIX

B. R., f., 7 ans. Entrée le 6 novembre 1898. Au 6me j. de sa maladie, T. = 39,7°. Tous les signes de la dothiénentérie. Etat de prostration qui s'améliore le lendemain. La fièvre dure 15 jours, mais l'état général reste bon et 10 jours après la malade est partie guérie.

Observation XX

S. G., g., 7 ans. Entré le 2 sept. 1898, au 8me jour de la maladie. T. = 40°. Prostration, subdélirium, diarrhée, gargouillement, ventre ballonné, taches rosées, rate déborde les fausses côtes. 3 jours après, la diarrhée et le délire disparaissent, mais la fièvre continue encore 28 jours et tombe à la normale. La convalescence dure 12 jours. Pas de complication.

Les enfants qui étaient au régime.

Observation XXI

S. K., garçon âgé de 12 ans. Entré à l'hôpital le 3 sept. 1899,

T. = 39,2°. Malade depuis 6 jours. A l'auscultation, on trouve au poumon des gros râles de la bronchite, cœur normal. La rate n'est pas augmentée, le ventre est ballonné, taches rosées, gargouillement net dans la fosse iléo-cæcale. Langue saburrale, diarrhée. Les urines donnent la diazoréaction.

La fièvre continue encore 16 jours. La convalescence dure 14 jours.

Observation XXII

P. D., f., 10 ans. Entrée le 5 sept. 1899. Malade depuis 7 jours. T. = 39,8°. Tous les symptômes de la fièvre typhoïde bien nets. La période fébrile dure encore 10 jours. La convalescence 22 jours. Pas de complications.

Observation XXIII

S. Ch., g., 5 ans. Entré le 5 sept. 1899. Au 4e jour de la maladie, T. = 40,4°. Status typhosus bien accusé. Rien d'anormal à noter au cours de la maladie. La période fébrile dure 20 jours après l'entrée, et le petit malade est parti 15 jours après la défervescence de la fièvre.

Observation XXIV.

S. B., f., 9 ans. Entrée le 17 sept. 1899. Au 6e jour de sa maladie, T. = 39,2°. Les symptômes de la dothiénentérie sont bien accusés. La période fébrile = 16 j. Convalescence 11 jours. Rien à noter d'intéressant.

Observation XXV

B. R., f., 11 ans. Entrée le 16 sept. 1899. T. = 39,6° au 9e jour de sa maladie. La défervescence de la fièvre se fait le 13e jour de son entrée.

La malade est partie de l'hôpital, guérie, 13 jours après la chute de la fièvre.

Observation XXVI

J. P., f., 3 ans. Entrée le 12 sept. 1899. Au 16e jour de sa maladie, T. = 39,4°; diarrhée, gargouillement dans la fosse iliaque droite. Rien aux poumons et au cœur. Langue sale et sèche. La rate n'est pas augmentée de volume.

La diazoréaction est positive. La fièvre dure encore 15 jours, la convalescence 18 jours.

Observation XXVII

A. W., g., 6 ans. Entré le 15 sept. 1899. Malade depuis trois semaines. T. = 39,4°, vomissements, constipations. Aux poumons, des râles sibilants, cœur normal, langue saburrale, ventre ballonné, gargouillement net, rate augmentée de volume ; diazoréaction nette. La fièvre dure encore 19 jours, 12 jours de convalescence.

Observation XXVIII

M. Ch., f., 6 ans. Entrée le 30 août 1899. Malade depuis 6 j. Prostration profonde avec subdélirium, pouls petit, très accéléré. Langue sèche et chargée, rate augmentée de volume. Aux poumons, des râles sibilants, 8 jours plus tard, l'état s'améliore et,

le 15e jour, la T° tombe. 12 jours après, la malade est sortie guérie.

Observation XXIX

Ch. Ch., f., 10 ans. Entrée le 6 sept. 1899. Au 6e jour de la maladie, T. = 39,3°.

Les symptômes sont nets. Diazoréaction bien accentuée. Rien d'anormal au cours de la maladie. 14 jours dure la pyréxie et 10 jours d'apyréxie.

Observation XXX

J. W., f., 6 ans. Entrée le 12 sept. 1899. Au 9e jour de la maladie, status typhosus bien net. T. = 39,4o°. La fièvre dure encore 14 jours ; on la garde 10 jours après la chute de la T°. Rien d'anormal.

Observation XXXI

D. E., f., 10 ans. Entrée le 27 sept. 1899. Le 8e jour de la maladie, T. = 39,2°. La fièvre dure encore 17 jours, la malade part dans 8 jours après la chute de la T°. Pas de complications à noter.

Observation XXXII

B. Ch., f., 3 ans. Entrée le 8 sept. 1899. Au 7e jour de la maladie, T. = 38,6°. La période fébrile dure encore 14 jours, et 12 jours après elle est partie guérie.

Observation XXXIII

Ch. K., f., 4 ans. Entrée le 3 sept. 1899. Au 5e jour, T. = 40,2°. La période fébrile dure 25 jours. 10 jours après la défervescence de la fièvre, la malade est sortie de l'hôpital. Rien à noter.

BIBLIOGRAPHIE

Zassetsky. — Dissertation, 1883, Saint-Pétersbourg.

Tchernoff. — Wratch 1884.

Pouritz. — Dissertation, 1891, Saint-Pétersbourg. Manuscrit, 1893.

Manasseine. — Wratch, 1884.

Kissel. — Wratch., 1892. N^os 14, 16, 17.

Bouchouew. — Wratch, 1898. N^os 27, 29, 31.

Leyden. — Die Therapie der Gegenwart, 1899.

Brouardel et Thoinot. — Traité de médecine et thérapeutique.

Broussais. — Examens des doctrines médicales. Paris, 1821.

Vaquez. — Presse médicale, 1900.

Ladichensky. — Hebdomadaire de Médecine Pratique. Saint-Pétersbourg, 1900. Juin.

Klemperer. — Zeitschrift für Kliniche Medicin. T. XVI.

H. Jouve, imp. de la Faculté de médecine, 15, rue Racine, Paris.